FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 42

DE

LA VIRULENCE PRIMITIVE OU NON

DU BUBON CHANCRELLEUX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 27 FÉVRIER 1888

PAR

Jules-Aristide BONAIN

MÉDECIN DE 2e CLASSE DE LA MARINE

Né à Brest (Finistère), le 25 juillet 1860.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BOUCHARD,	professeur,	*président.*
DUPUY,	professeur,	*juges.*
ARNOZAN,	agrégé,	
MOUSSOUS,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1888

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 42

DE

LA VIRULENCE PRIMITIVE OU NON

DU BUBON CHANCRELLEUX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 27 FÉVRIER 1888

PAR

Jules-Aristide BONAIN

MÉDECIN DE 2e CLASSE DE LA MARINE

Né à Brest (Finistère), le 25 juillet 1860.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BOUCHARD,	professeur,	*président.*
DUPUY,	professeur,	*juges.*
ARNOZAN,	agrégé,	
MOUSSOUS,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17
1888

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DENUCÉ... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
MICÉ..... }

Anatomie	MM. BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER
Thérapeutique	De FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS. DUBREUILH.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER. PIECHAUD. LAGRANGE. POUSSON. DENUCÉ.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCESANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. { MM. PLANTEAU. FERRÉ. } | Histoire naturelle..... M. NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. BERGONIE.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clin. méd. des enfants. MM. NÉGRIÉ. | Maladies vénériennes.... MM. VENOT.
Clin. chir. des enfants. PIÉCHAUD | Maladies mentales..... N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements..... M. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... M. CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MON BEAU-PÈRE LE Dr HERLAND

Pharmacien de 1re classe, Chevalier de la Légion d'honneur.

A MON FRÈRE LE DOCTEUR G. BONAIN

Médecin de 2e classe de la Marine.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR A. BOUCHARD

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Bordeaux, Chevalier de la Légion d'honneur
Officier de l'Instruction publique.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GALLIOT

Médecin principal de la Marine, Professeur à l'Ecole de Médecine navale de Brest,
Chevalier de la Légion d'honneur, Officier d'Académie.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549603_0109

INTRODUCTION

La question du traitement du Bubon suppuré est intimement liée à l'opinion qu'on se fait de la nature de cette affection, et si dans ces dernières années elle a fait un grand pas, elle le doit précisément à l'opinion nouvelle, si féconde en résultats, de la non virulence originelle du Bubon chancrelleux.

Depuis l'importante communication faite par M. Straus, le 22 novembre 1884, à la Société de Biologie, sur la nature du Bubon qui accompagne le chancre mou, de nombreuses expériences ont été faites, tant en France qu'à l'étranger, dans le but de contrôler ses assertions. Beaucoup d'entre elles les ont confirmées et, bien que les idées de Hunter et de Ricord aient paru dans quelques cas justifiées, toutes ont fait ressortir la nécessité d'une antisepsie rigoureuse dans l'opération et le pansement du Bubon suppuré associé aux chancres mous des organes génitaux.

Fréquentant à l'hôpital maritime de Brest le service des affections vénériennes, dirigé par M. le médecin principal Galliot, professeur à l'école de médecine navale, nous avons pu voir appliquer au traitement du Bubon suppuré la méthode antiseptique, en apprécier les résultats et nous faire de cette affection une opinion que nous essaierons de justifier dans cette thèse.

Nous avons divisé notre travail en deux parties. Dans la première, après un exposé nécessaire des opinions émises sur la nature du Bubon survenant à la suite du chancre mou, nous rappellerons les expériences et les recherches entreprises dans le but

d'élucider la pathogénie du Bubon chancreux et nous relaterons ce qu'il nous a été donné d'observer dans le service de M. le professeur Galliot, à propos d'une série de Bubons suppurés, traités par la méthode antiseptique.

Dans la deuxième partie, 1° nous constaterons les causes d'insuccès et d'erreur attachées d'une façon générale aux expériences touchant la virulence primitive ou non du Bubon chancrelleux ; 2° nous répondrons aux objections élevées contre la doctrine de la non virulence primitive, puis nous essaierons de mettre en relief, en les résumant, les faits qui nous semblent favorables à cette doctrine.

3° Enfin, après quelques considérations sur l'efficacité des antiseptiques généralement employés dans le traitement du Bubon suppuré, nous conclurons brièvement.

Avant d'entrer en matière, nous prions M. le professeur Galliot, qui nous a donné l'idée première de ce travail, de recevoir ici l'hommage de nos respectueux remerciements.

Que M. le professeur Bouchard veuille bien aussi agréer l'expression de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre thèse.

DE

LA VIRULENCE PRIMITIVE OU NON

DU BUBON CHANCRELLEUX

PREMIÈRE PARTIE

I

OPINIONS ÉMISES SUR LA NATURE DU BUBON SURVENANT A LA SUITE DU CHANCRE MOU

Les anciens se faisaient une idée peu précise de la nature du Bubon.

Au XV[e] siècle, Pierre d'Argelata conseille de purger les malades atteints de chancres, de crainte qu'il ne leur survienne un Bubon dans l'aine, car « la matière qui afflue vers le lieu malade est repoussée, et rencontrant le creux de l'aine y séjourne; c'est pourquoi il se forme un Bubon qui arrive souvent jusqu'à la suppuration. »

A. Paré, puis Antoine Lecoq (1540), considèrent le Bubon comme un émonctoire par lequel s'échappe le virus : « Si la tumeur suppure c'est souvent un bien. »

En 1782, Hunter reconnaît que l'inoculation du pus du chancre

et du Bubon suppuré produit les mêmes résultats. Sur ce fait, il établit la théorie de l'absorption du virus chancrelleux par les vaisseaux lymphatiques et définit ainsi le Bubon : « Tout abcès formé dans le système absorbant, soit dans les vaisseaux, soit dans les glandes et qui est la conséquence de l'absorption du pus vénérien. » Hunter a de la peine à s'expliquer pourquoi les vaisseaux et les glandes qui font suite au Bubon en suppuration ne sont point affectés par l'absorption du pus vénérien, le Bubon suppuré n'étant qu'un vaste chancre et l'absorption qui s'exerce sur le pus de ce Bubon devant être considérable. Il reconnaît qu'il y a des Bubons qui n'ont rien de syphilitique; les uns sont de nature scrofuleuse, d'autres ne sont vénériens qu'en partie (glande douée d'une disposition scrofuleuse, dans laquelle l'action morbide a été déterminée par l'irritation vénérienne.

En 1838, Ricord isole la blennorrhagie des autres affections vénériennes et reprenant la théorie de Hunter sur la virulence du Bubon, la confirme par de nombreuses expériences. De 1831 à 1837, Ricord inocule le pus de 618 Bubons suppurés, et dans 338 cas produit un chancre d'inoculation. Des 338 Bubons inoculés avec succès, 271 appartenaient à des hommes et 67 à des femmes. Sur ce nombre, 63 seulement furent trouvés virulents au moment de leur ouverture; les 275 autres ne le devinrent que le lendemain au plus tard.

Les Bubons dont le pus n'avait donné aucun résultat positif, étaient pour Ricord, des Bubons sympathiques et des Bubons d'emblée, c'est-à-dire sans cause appréciable.

De ces expériences deux faits ressortaient : 1° La rareté relative de la virulence du Bubon au moment de son ouverture, puisqu'elle n'est constatée que dans un cinquième des cas de Bubons virulents et dans un neuvième de tous les cas en observation.

2° La proportion assez considérable des Bubons virulents (primitifs ou secondaires) qui est de 54 °/₀ des Bubons observés.

Encore dans les Bubons non virulents, Ricord compte-t-il 39 Bubons dits d'emblée et répondant aux caractères du Bubon strumeux ; ce qui donne en réalité la proportion de 58 °/₀ de Bubons virulents, les Bubons d'emblée ne nous semblant pas devoir entrer en ligne compte.

Ces inoculations furent faites pour la plupart à la partie supérieure de la cuisse et en dehors de toutes les précautions d'asepsie et d'antisepsie actuellement de rigueur en pareil cas, ce qui leur fait perdre de leur valeur.

Les assertions de Ricord trouvèrent de nombreux contradicteurs : Bertin, Cullerier, Percy échouèrent dans leurs tentatives d'inoculation avec le pus des Bubons. Cullerier et Ratier dans le Dictionnaire en 15 volumes, à l'article « inoculation », disent d'une façon formelle : « Le pus formé dans les Bubons qui accompagnent les ulcères primitifs ou secondaires ou la blennorrhagie, peut être impunément introduit sous l'épiderme et sous l'épithélium ». Gibert, Mance, Ruef (de Strasbourg) étaient aussi de cet avis.

La confusion faite à l'époque entre les diverses affections vénériennes, atténue beaucoup, il est vrai, la portée de ces déclarations. Depuis, diverses statistiques ont été faites pour établir la fréquence du Bubon chancrelleux. Debauge donne le chiffre de 75 °/₀, Rollet 70 °/₀, Belhomme 34 °/₀, les comptes-rendus de l'Antiquaille 38 °/₀, Jullien 48 °/₀.

En prenant une moyenne de ces différents chiffres, y compris celui donné par Ricord, on arrive à une proportion d'environ 54 °/₀ de Bubons chancrelleux sur le nombre des Bubons suppurés observés par ces divers auteurs dans le cas de chancres mous des organes génitaux.

L'accord est donc unanime, il existe associées aux chancres mous deux espèces de Bubons bien distinctes : 1° le Bubon inflammatoire, simple adénite due aux causes ordinaires de l'inflamma-

tion et de la suppuration ; 2° le Bubon chancrelleux dû au transport par les lymphatiques jusqu'au ganglion, du virus chancrelleux ; c'est un chancre ganglionnaire. Des caractères cliniques sont donnés à l'aide desquels il est possible de distinguer le Bubon inflammatoire du Bubon spécifique ; ils sont basés sur la marche, l'évolution, la nature du pus et l'aspect que prend dans la suite la plaie d'ouverture du Bubon. Ces caractères n'ont cependant pas pour tous la même valeur et plusieurs arrivent à n'admettre qu'un signe absolument probant : l'inoculation.

Tel était en 1884 l'état de la question quand M. Straus, communiqua à la Société de Biologie, le résultat de ses observations portant sur 42 Bubons accompagnant des chancres mous. Contrairement aux résultats obtenus par ses devanciers, il n'avait pu dans aucun de ces 42 cas établir ni par l'inoculation, ni par l'examen histologique, ni par la culture du pus resté stérile, la virulence originelle du Bubon. Il crut donc pouvoir conclure qu'il n'y a pas deux espèces de Bubons accompagnant le chancre mou ; qu'il n'y a que le Bubon du chancre mou qui n'est jamais originellement virulent et qui ne le devient que par inoculation secondaire après son ouverture.

Les résultats obtenus par M. Straus étaient dus à la rigueur vraiment scientifique avec laquelle il avait procédé à ses expériences. Une conséquence pratique du plus haut intérêt en découlait : la nécessité d'une asepsie et d'une antisepsie des plus rigoureuses dans l'opération et le pansement du Bubon suppuré accompagnant le chancre mou.

II

EXPÉRIENCES ET RECHERCHES ENTREPRISES DANS LE BUT D'ÉLUCIDER LA PATHOGÉNIE DU BUBON CHANCRELLEUX

Au cours de ses expériences, M. Straus échoua dans ses recherches en vue de trouver le microbe du chancre mou. Dans le pus du chancre il trouva un grand nombre de microbes divers qui, cultivés, ne reproduisirent pas la maladie ; dans la suppuration du Bubon non chancrelleux, il ne put déceler la présence d'aucun micro-organisme. Cornil et Babès confirmèrent ces résultats.

La communication de M. Straus suscita des expériences de contrôle, et les objections contre la nouvelle doctrine ne manquèrent pas de s'élever parmi les défenseurs des idées de Hunter et de Ricord.

A la Société de chirurgie (17 déc. 1884), M. Horteloup cite le cas d'un malade entré dans son service pour chancre mou du frein et Bubon suppuré. Celui-ci est ouvert et pansé avec la méthode antiseptique (eau phéniquée). L'inoculation à l'ouverture du Bubon faite près de l'ombilic reste négative ; le surlendemain, une deuxième inoculation donne un résultat positif qui sert à faire une troisième inoculation également positive. Dans ce cas, la doctrine de M. Straus s'est donc trouvée en défaut.

M. Horteloup ne doute pas que d'une façon exceptionnelle l'inoculation de la plaie du Bubon par le pus chancrelleux ne puisse se produire, mais pour lui, M. Straus est tombé dans ses expériences sur une série heureuse de Bubons inflammatoires.

En janvier 1885, M. Straus ajoute à ses 42 premiers cas, 16 nouveaux cas, tous négatifs comme les premiers. Il se croit donc en droit d'affirmer qu'il n'a pas eu affaire à une série heureuse comme on le lui a objecté.

Les expériences se continuent : Mauriac obtient 7 résultats négatifs sur 7 cas observés ; Fournier a 1 résultat positif sur 7 cas ; A. Robin, 5 résultats négatifs sur 5 ; Spillmann, 10 résultats négatifs sur 10.

Au Congrès de chirurgie (11 avril 1885), M. Humbert donne le résultat de ses expériences : dans 33 cas de Bubons suppurés, associés à des chancres simples, 31 fois l'inoculation pratiquée à l'ouverture du Bubon est restée négative, et sur 12 réinoculations 2 ont été positives.

Dans une seconde communication à la Société de Biologie (1er août 1885), M. Straus rapporte les résultats de nouvelles expériences : Sur 118 cas de Bubons, il a obtenu à l'ouverture 6 inoculations positives et sur 60 réinoculations, 5 ont été également positives. Contrairement à ses premières affirmations, il admet donc l'existence du Bubon primitivement chancreux mais constate son extrême rareté.

Dans une thèse inspirée par M. Straus sur la virulence du Bubon qui accompagne le chancre mou (Paris, nov. 1885), M. Menut outre les 42 observations qui ont fait le sujet de la première communication de M. Straus rapporte 28 nouvelles observations au nombre desquelles se trouvent 6 cas de Bubons chancrelleux : deux Bubons ouverts spontanément et chancrelleux à l'entrée à l'hôpital, les 4 autres devenus secondairement virulents par contagion selon toute apparence (obs. 14, 24, 47, 68).

Le docteur Gémy (d'Alger) (*Ann. de derm. et syph.*, avril et sept., 1885), se fait le défenseur de la théorie de Ricord. Sur 20 inoculations qu'il a faites, 4 ont été positives à l'ouverture et

3 douteuses ; 2 encore ont été positives plusieurs jours après. Comme Ricord, le docteur Gémy à pratiqué ses inoculations au tiers supérieur et antéro-externe de la cuisse du côté correspondant au Bubon. L'agent antiseptique employé pour se mettre à l'abri de la contagion a été l'eau phéniquée.

Funke soutient les premières conclusions de M. Straus et les confirme par de nombreuses expériences faites avec soin. Dans aucun des cas observés, la virulence primitive du Bubon n'a pu être établie (*Monatschriften für Dermatologie,* 2505, n° 4. Analyse dans le *Centralblatt.* du 24 oct. 1885, n° 43, p. 768).

En Italie, outre des expériences concernant la pathogénie du Bubon chancrelleux, des recherches sont faites dans le but de découvrir le microbe du pus chancrelleux.

Le professeur Primo Ferrari (de Catane) (*Gazette des hôpitaux* d'Italie et communication du 26 juillet 1885 à l'Académie Gioenia), décrit un bacille se trouvant dans les globules du pus et les cellules épithéliales. Ce bacille s'est toujours montré dans le pus des chancres examinés ; le pus des Bubons n'en contient pas dans les 48 premières heures qui suivent l'ouverture, mais ils apparaissent dans le Bubon chancrelleux dès le troisième jour et persistent jusqu'à la cicatrisation. L'auteur n'a pas cultivé ce parasite et sa découverte n'a point subi l'épreuve de l'inoculation.

Le docteur Laurent Mannino (Communication à l'Académie royale de sciences médicales de Palerme, le 19 juillet 1885) a fait des expériences : sur 24 cas de Bubons suppurés, inoculés à l'ouverture, il n'a obtenu aucun résultat positif ; la réinoculation pratiquée 48 heures à 3 jours après a donné 2 résultats positifs et 22 négatifs. Ce même auteur s'est livré à l'étude micrographique du pus chancrelleux (Nouvelles recherches sur la pathogénie du Bubon qui accompagne le chancre mou (*Ann. de derm. et syph.,* 1885, p. 486). Il a trouvé dans le pus du chancre mou deux sortes d'éléments figurés : bacilles et mono ou diplococcus. Quand

la virulence a cessé, les bacilles ne se retrouvent plus mais les cocci persistent ; ils sont identiques au streptococcus aureus du phlegmon simple.

Voici les conclusions des recherches du docteur Mannino :

1° Le pus de l'adénite qui accompagne le chancre simple n'est pas inoculable au moment de son ouverture ;

2° En certains cas ce pus acquiert des caractères virulents 48 heures à 3 jours après l'ouverture du Bubon ;

3° On trouve toujours dans le pus du chancre mou beaucoup de bacilles ainsi qu'une grande quantité de micrococci réunis en chaînette ou épars ;

4° Dans le pus du Bubon, aussitôt après son ouverture, il n'y a jamais de bacilles ; on n'y trouve rien que des micrococci ou des diplococci ;

5° Dans le pus du chancre, quand celui-ci est devenu une simple plaie, on n'y trouve plus de bacilles ;

6° En examinant le pus du Bubon devenu chancrelleux, on y trouve les bacilles du chancre mou ;

7° En conservant le pus d'un Bubon qu'on vient d'ouvrir, si on examine ce pus après 3 à 4 jours, il aura toujours des caractères non virulents ;

8° Le virus du chancre mou perd sa virulence étant soumis à l'action plus ou moins prolongée d'une température de 35° à 40°.

Le Bubon du chancre mou n'est donc qu'un phlegmon simple qui se développe sous l'action morbifique du streptococcus pyogenus ; il n'est jamais virulent à son origine et ne le devient que par contamination après son ouverture. Le bacille caractéristique du pus chancrelleux, ne supportant pas une température suffisamment prolongée de 35° à 40°, ne saurait pénétrer dans les voies lymphatiques. Même après cicatrisation des chancres, on peut admettre la contamination par la peau ou les vêtements.

En troisième lieu, M. Rocco de Luca, entreprend des recher-

ches sur le microbe du pus chancrelleux (*Gaz. degli ospitali,* nos 38-41, 1886) : Ayant cultivé la sécrétion d'un chancre mou observé chez une femme, la culture obtenue sur de la gélatine stérilisée fut inoculée avec succès et le pus provenant du chancre d'inoculation fut de nouveau cultivé, donnant des colonies grisâtres, jaune verdâtre, jaune roussâtre et blanches. Les parasites sont des cocci très petits de 0μ50 à 0μ60 isolés ou groupés en zooglées quelquefois aussi en chaînettes et en diplocoques. Ce sont les cultures blanches qui donnent le plus régulièrement des résultats positifs. Le micrococcus du chancre mou se développe bien dans la gélatine, mieux encore dans le sérum sanguin ; il est aérobie et se développe à la température ordinaire, plus rapidement entre 28° et 38°.

Les parasites des autres cultures grisâtres ou jaunâtres sont des bacilles, le staphylococcus aureus et le streptococcus. Le micrococcus spécial du chancre mou explique la nécrobiose moléculaire progressive du tissu qui limite l'ulcère, les autres parasites expliquent l'état aigu qui accompagne le développement de l'ulcère et en particulier le développement du Bubon.

De nouvelles expériences sont faites par M. Crivelli dans le service de M. du Castel à l'hôpital du Midi (De la vir. du bub. qui accomp. le ch. mou. *Arch. génér. de méd.* avril et mai 1886) Une première série de 63 inoculations pratiquées dès l'ouverture des Bubons donne 3 résultats positifs ; sur 48 réinoculations 3 également se montrent positives.

Une seconde série de 10 cas ne donne lieu à aucune inoculation positive.

M. Crivelli note un fait digne de remarque. C'est l'absence constante d'adénopathie axillaire dans les cas de chancres d'inoculation développés au bras qui se sont toujours montrés larges et profondément excavés. Nous avons observé ce même fait, dans les cas de chancres du bras qu'il nous a été donné d'étudier.

A l'hôpital maritime de Brest, dans le service de M. le médecin principal Galliot, professeur à l'Ecole de médecine navale, nous avons recueilli une série de 28 observations de Bubons suppurés consécutifs à des chancres mous des organes génitaux.

La nature du chancre reconnue par l'inoculation, lorsqu'il existait quelque doute, des inoculations avec le pus des bubons ont été pratiquées à l'ouverture et, cinq à six jours après, on opérait avec le pus superficiel et le pus provenant des profondeurs de la plaie. Les piqûres faites au bras étaient recouvertes de collodion qu'on laissait sécher, puis d'une légère couche de coton aseptique.

Sur les 28 cas de Bubons suppurés dont nous donnons ci-après les observations, trois cas de chancrellisation secondaire ont été observés, dont deux causés, M. le professeur Galliot en a puisé la certitude dans l'aveu même des malades, par la mauvaise foi des sujets, un matelot et un soldat d'infanterie de marine désireux de prolonger leur séjour à l'hôpital pour éviter ainsi l'un une campagne pour laquelle il était désigné, l'autre libérable sous peu et peu désireux de reprendre son service (Obs. 3 et 26).

Dans le troisième cas (Obs. 1), la cause de la chancrellisation secondaire n'a pu être établie (1).

Les précautions prises pour l'ouverture des Bubons et le pansement de la plaie ainsi déterminée ont été les suivantes : Dès que la présence du pus était manifeste dans le Bubon, les poils du pubis rasés, le malade prenait un bain savonneux la veille du jour fixé pour l'incision. Peu d'instants avant l'opération la verge était entourée d'un linge imbibé de Van-swieten puis la peau de la

(1) Nous ferons remarquer que cette observation date du début même des expériences entreprises dans le service et qu'à cette époque le pansement n'était maintenu en place que par un simple carré de toile ; ce qui permet de supposer que le pansement a pu être déplacé ou du moins ne pas s'opposer d'une façon suffisante à la contamination.

région inguinale était lavée au savon d'abord, ensuite avec une solution de bichlorure à 1/100.

Les mains de l'opérateur étaient lavées au savon et au Vanswieten ; le bistouri bien nettoyé était flambé.

La plus petite incision possible était faite sur la tumeur parallèlement à l'arcade crurale ; le pus était évacué par pression sur les parois de l'abcès, puis la cavité de celui-ci était lavée par des injections de bichlorure au 1/1000 à l'aide d'une seringue en verre dont le bout avait été préalablement flambé. On cessait les injections dès que le liquide ressortait limpide.

Les abords de la plaie bien nettoyés, des bandelettes imbriquées d'emplâtre de vigo étaient appliquées sur la plaie la débordant en tous sens d'au moins trois travers de doigts. Par dessus cette cuirasse était placée une couche épaisse de coton aseptique imprégné de sublimé (1), descendant entre la cuisse et les organes génitaux; un spica de laine maintenait en place le pansement qui n'était d'ordinaire levé qu'au bout de cinq jours. Chaque jour cependant on le visitait pour constater qu'il ne s'était point déplacé et voir s'il n'était point souillé par la suppuration; dans ce dernier cas, le pansement était entièrement refait. Si on n'y prend garde en effet, dans le cas de suppuration ou de transsudation séreuse un peu abondante, le liquide provenant de la plaie peut venir sourdre au bord du pansement, offrant ainsi aux germes virulents qui existent sur la cuisse et les organes génitaux, une voie très favorable à la contamination.

Les résultats de ce mode de pansement, ont été dans la majorité

---

(1) Ce coton se prépare en plongeant pendant un certain temps du coton hydrophile dans une solution de bichlorure au 1/1000 additionnée de glycérine et de gomme et en le faisant sécher ensuite. Ces deux dernières substances sont destinées à donner au coton des propriétés hygrométriques dans une certaine mesure en même temps qu'une certaine adhérence du sublimé à ses fibres. Sans cette précaution, l'agent antiseptique s'en va en poussière dans le milieu ambiant quand on manipule le coton.

des cas très favorables comme on peut le constater d'après les observations ; la cicatrisation a été souvent obtenue en un seul pansement c'est-à-dire en cinq ou six jours presque sans suppuration et sans cicatrice apparente.

L'ouverture hâtive a pour but d'éviter la perte de substance et les décollements étendus.

Les précautions antiseptiques évitent la contagion chancrelleuse nécessitant un traitement plus long et amenant une peptonisation des tissus qui donne lieu à des cicatrices plus ou moins difformes ; de plus elles mettent à l'abri des accidents communs à toutes les plaies et produits par un contage extérieur.

OBSERVATIONS

recueillies dans le service de M. le professeur GALLIOT

(Salles 23 et 25).

OBSERVATION I.

A. Alfred, 20 ans, apprenti canonnier, n° 19.

Entré le 7 février 1887, pour chancre mou du prépuce et adénite inguinale droite consécutive datant de 15 jours. Nuls soins avant sa venue à la visite la veille de son entrée à l'hôpital. Bubon ouvert le 15 février, grande quantité de pus phlegmoneux. Lavage au bichlorure et pansement au Vigo. Inoculation avec pus superficiel et profond qui reste négative. Le 25 février, aspect chancreux du Bubon (bords érodés, festonnés), deuxième inoculation positive. La plaie chancreuse est touchée à la solution de bichlorure à 1/100 et pansée comme d'habitude ; les progrès de la chancrellisation sont arrêtés, la plaie bourgeonne (6 mars). La cicatrisation est complète le 27 mars.

OBSERVATION II

Le G. François, 22 ans, matelot de pont, n° 12.

Entré le 16 février 1887, pour chancres mous au frein, à la base du gland et au sommet dn prépuce. A droite, adénopathie légère; à gauche, fort engorgement des ganglions de l'aine. A été soigné à l'infirmerie avant son entrée à l'hôpital. Le 24 février, les chancres étant cicatrisés, on ouvre le Bubon de l'aine gauche; l'inoculation faite au bras droit reste négative. Le 6 mars, on fait une deuxième inoculation également négative. La plaie suppure très peu; la cicatrisation est complète le 14 mars.

OBSERVATION III

G. Louis, 23 ans, soldat au 2e régiment d'infanterie de marine, nº 35.

Entré le 4 mars pour chancre mou siégeant à la face profonde du prépuce. A droite, ganglion du pli de l'aine fortement engorgé. Le 5 mars, on inocule le pus du chancre au bras droit : inoculation positive ; le 13 mars ouverture du Bubon : pus phlegmoneux qu'on inocule au bras gauche ; résultat négatif. Le 21, nouvelle inoculation avec le pus du chancre presque guéri : inoculation positive. La plaie du Bubon suppure beaucoup, décollement considérable ; une seconde inoculation est faite avec le pus du Bubon et reste négative. Le 4 avril, la suppuration est moins abondante, mais la plaie a revêtu l'aspect chancreux ; une troisième inoculation donne cette fois un résultat positif. A plusieurs reprises, la suppuration devient sanguinolente. La plaie chancreuse est touchée à la solution de bichlorure à 1/100.

Le 19 avril, il se produit une contre-ouverture au foyer inférieur de la plaie. Le 29, une nouvelle inoculation montre que la virulence est arrêtée ; la cicatrisation est en bonne voie. Le 30, nouvelle contre-ouverture spontanée, décollement et sphacèle de la peau. Drainage de la plaie. Pansement à l'iodoforme et au Vigo. La cicatrisation complète n'est obtenue que le 1er juillet.

Deuxième entrée le 15 juillet : le Bubon s'est ouvert de nouveau. Guérison le 25 juillet. Ce cas est l'un de ceux où la mauvaise foi du malade a été établie.

OBSERVATION IV

J..., Hervé, matelot de pont, 25 ans, n. 2.

Entré le 9 mars pour chancre mou de la face interne du prépuce et adénite inguinale double. Le 26, le chancre est en voie de cicatrisation. Le 31, ouverture du Bubon gauche : pus bien lié qu'on inocule au bras gauche ; résultat négatif. Lavage de la poche et pansement au Vigo. Le 5 avril, on lève le pansement : le Bubon s'est complètement cicatrisé sans suppuration. L'adénite du côté droit s'est résorbée. Le chancre est cicatrisé le 8 avril.

OBSERVATION V

C..., Jean, 24 ans, matelot charpentier, n. 17.

Entré le 24 mars pour chancres mous en couronne sur le bord libre du prépuce. Bubon de l'aine gauche très douloureux. Le 31, on ouvre le Bubon ; pus bien lié qu'on inocule au bras droit et au bras gauche : résultat négatif. Lavage et pansement au Vigo. Le 5 avril, on lève le pansement : pas de suppuration ; le Bubon est complétement cicatrisé. Les chancres ne sont cicatrisés que le 26 mai.

OBSERVATION VI

M..., Jean, 19 ans, matelot de pont, n. 43.

Entré le 26 mars pour chancres mous du frein datant de 15 jours. Deux Bubons peu volumineux et presque indolores. Le pus des chancres inoculé a donné un résultat positif. Le 18 avril, le Bubon de gauche présente de la fluctuation; le 21, on en fait l'ouverture : pus épais, rougeâtre, qui donne à l'inoculation un résultat négatif. Lavage au bichlorure et pansement au Vigo. Le 26 avril, on lève le pansement : le Bubon est complètement cicatrisé. Le Bubon de droite s'est résorbé. Le 1er mai, les chancres sont cicatrisés.

OBSERVATION VII

M..., Victor, 22 ans, matelot charpentier, n. 35.

Entré le 27 mars pour chancre mou du frein datant de quinze jours. Bubon à gauche.

Inoculation positive du pus de chancre au bras droit. Le 8 avril, le chancre est cicatrisé. On ouvre le Bubon : pus grisâtre dont l'inoculation est négative. Lavage et pansement au Vigo. Le 18, la cicatrisation est presque complète, quand il se forme un abcès de la paroi abdominale à 3 centimètres au-dessus et en dedans du Bubon avec lequel il communique par un trajet fistuleux. Incision du trajet fistuleux. La cicatrisation est définitive le 29 avril.

OBSERVATION VIII

P..., Jean-Louis, 22 ans, matelot de pont, n. 32.

Entré le 4 avril pour chancres multiples dont deux siègent au frein et datent d'un mois. A été traité par l'iodoforme. Bubon à gauche très douloureux ouvert le 9 avril : pus bien lié qui donne par l'inoculation au bras droit un résultat négatif. Le 14, le pansement est levé ; il n'y a pas eu de suppuration et la cicatrisation est complète. Les chancres ne sont guéris qu'au 23 mai.

OBSERVATION IX

J..., Joseph, 25 ans, soldat au 2e régiment d'infanterie de marine, n. 9.

Entré le 7 avril avec de la fièvre depuis 3 jours. Le 7 au soir, température de 39° ; la fièvre disparaît le 8. Chancre mou du frein sur le point de se cicatriser. Bubon à droite ouvert le 10 avril : pus bien lié donnant à l'inoculation au bras droit un résultat négatif. Le 22, la plaie est presque cicatrisée ; encore un peu de suppuration. Une deuxième inoculation est faite qui donne naissance à une ulcération d'apparence chancreuse. Le Bubon marche, sans présenter rien d'anormal, à la cicatrisation qui est complète le 3 mai.

OBSERVATION X

C..., Henri, 24 ans, matelot de pont, n. 21.

Entré le 30 avril pour chancre mou du frein datant de 15 jours. Bubon de l'aine droite très douloureux qui est ouvert le 5 mai : pus sanguinolent ; le foyer repose sur une base de ganglions tuméfiés. L'inoculation donne lieu à une petite ulcération qui suppure peu, guérit en 8 jours et ne paraît pas devoir être considérée comme un chancre d'inoculation. La plaie du Bubon n'offre rien d'anormal le 10 quand on lève le pansement : le gonflement et l'induration des ganglions ont disparu ; il existe très peu de suppuration, la plaie est en bonne voie de cicatrisation, pas le moindre décollement. Une seconde inoculation est faite et donne encore lieu à une ulcération semblable à la précédente. Le 12 mai, le malade éprouve de la douleur au

niveau du Bubon; le pansement est levé : suppuration de bon aspect, la plaie bourgeonne bien, pas de décollement Le 28 mai, la cicatrisation est complète. Dans les derniers jours le malade a pris du sirop d'iodure de fer. Le chancre de la verge est guéri le 7 juin.

OBSERVATION XI

P..., Félix, 18 ans, apprenti timonier, n° 22.

Entré le 2 mai pour chancre mou du frein, large et datant de 8 jours. Le 3 juin, à la suite de fatigue éprouvée par le malade en balayant la salle, apparition de douleurs dans l'aine gauche et apparition d'un Bubon qui se développe rapidement; le 12, la peau est rouge, la tuméfaction considérable, la douleur très vive; l'ouverture est faite le 13 juin : grande quantité de *pus brun* rougeâtre, qui ne donne à l'inoculation aucun résultat. Lavage de la plaie à la solution de bichlorure; pansement à l'iodoforme et au Vigo. Le 18, on lève le pansement : très peu de suppuration; la plaie est linéaire et presque cicatrisée. La cicatrisation est complète le 20 juin. Le chancre est guéri depuis le 7.

OBSERVATION XII

G..., Louis, 18 ans, soldat au 2e régiment d'infanterie de marine, n. 15.

Entré le 8 mai pour chancre mou datant de 8 jours, siégeant à la partie supérieure du prépuce et ayant l'aspect phagédénique. Bubon datant de 3 jours, ouvert le 18 mai : pus grisâtre, mal lié, donnant à l'inoculation un résultat négatif. Lavage au bichlorure et pansement au Vigo. Cicatrisation complète le 25 mai.

OBSERVATION XIII

M..., Patient, 21 ans, ouvrier d'artillerie, n. 20.

Entré le 7 mai pour chancre mou du frein et adénite double. Le 13 mai, ouverture du Bubon gauche : petite quantité de pus phlegmoneux dont l'inoculation reste négative. Lavage au bichlorure et pansement au Vigo.

Le 18 mai, 5 jours après, on lève le pansement : le Bubon s'est complètement cicatrisé sans suppuration.

OBSERVATION XIV

O..., Emile, 22 ans, fourrier, n. 11.

Entré le 10 juin pour Bubon à droite. Les chancres sont guéris du 30 mai. La peau qui recouvre le Bubon est tendue, d'un rouge vif, amincie. Ouverture pratiquée suivant la méthode de Tillaux, perpendiculairement à la direction du pli de l'aine : pus roussâtre, mêlé de sang dont l'inoculation reste négative. Lavage au bichlorure. Pansement à l'iodoforme et au Vigo. Le 17, on lève le pansement : très peu de suppuration ; deuxième inoculation également négative. La cicatrisation est complète le 8 juillet ; cicatrice à peine perceptible.

OBSERVATION XV

L..., Joseph, 26 ans, quartier-maître de manœuvre.

Entré le 2 juillet pour chancres mous à la face dorsale de la verge et au bord libre du prépuce, datant d'un mois et demi. Bubon à gauche depuis 15 jours, présentant de la fluctuation. Ouverture le 3 juillet : pus roussâtre inoculé sans succès au bras droit. Le 18, le pansement levé laisse voir une cicatrisation complète.

OBSERVATION XVI

R... Augustin, 23 ans, soldat au 19e de ligne, nº 24.

Entré le 2 juillet pour chancres mous au niveau du frein datant de 12 jours. Bubon survenu il y a 10 jours à la suite d'une marche ; fluctuation manifeste : téguments amincis, violacés, très douloureux. Ouverture du Bubon; pus couleur chocolat dont l'inoculation faite au bras gauche reste négative. Lavage au bichlorure et pansement au Vigo. Le 9 juillet, la cicatrisation est complète.

OBSERVATION XVII

Le G... Jean-Marie, 19 ans, matelot de pont, nº 47.

Entré le 9 juillet pour chancres mous de la face supérieure et de la couronne du gland ; adénite double, le Bubon gauche est ouvert le 16 juillet:

pus bien lié, phlegmoneux dont l'inoculation faite au bras droit reste négative. Le 23, on lève le pansement : la plaie est presque entièrement cicatrisée, à peine de suppuration. La cicatrisation n'est définitive que le 13 août. Une seconde inoculation a été faite sans plus de succès que la première.

OBSERVATION XVIII

C..., Hervé, 23 ans, quartier-maître de mousqueterie, n° 31.

Entré le 5 juillet pour chancres mous de la couronne du gland. Adénite double. Le 10 juillet, on ouvre le Bubon du côté droit : environ 200 grammes de pus roussâtre dont l'inoculation reste négative. Le 16, on lève le pansement : pas de suppuration ; la plaie est complètement cicatrisée et la cicatrice à peine perceptible.

OBSERVATION XIX

Ce même jour (16 juillet), le Bubon du côté gauche est ouvert : environ 300 grammes de pus roussâtre dont l'inoculation reste négative. Le 20 juillet, du pus souillant le pansement, on lève l'appareil : suppuration abondante, poche assez grande à parois légèrement décollées. Une 2e inoculation demeure négative. Injection d'éther iodoformé dans la plaie et pansement au Vigo. La cicatrisation est lente à se faire. A partir du 20 août, on panse à la solution de bichlorure au 1/1000 : cicatrisation rapide et définitive le 30 août.

OBSERVATION XX

S..., Louis, timonier, n° 22.

Entré le 13 juillet pour Bubon à gauche datant d'un mois et survenu à la suite d'un chancre situé près du frein. Ce malade est syphilitique. Ouverture du Bubon le 16 juillet : pus bien lié inoculé sans résultat. Le 20, on lève le pansement : très peu de suppuration ; la cicatrisation est presque achevée ; elle n'est complète que le 28 juillet.

OBSERVATION XXI

L..., Auguste, 23 ans, soldat au 2e régiment d'infanterie de marine. Entré le 13 août pour chancre mou du fourreau de la verge et chancres mous du frein. Adénite double. Le 22, on constate de la fluctuation dans le bubon gauche; le 23, on pratique l'ouverture : pus mal lié, blanc grisâtre, dont l'inoculation reste négative. Le 27, le pansement est levé : pas de suppuration appréciable; petite plaie linéaire dont la cicatrisation est complète le 8 septembre. Les chancres sont presque guéris.

OBSERVATION XXII

Le 18 septembre, le bubon du côté droit est devenu rapidement volumineux et très douloureux; on l'ouvre le 19 : pus couleur chocolat dont l'inoculation reste négative. Le 24, on lève le pansement : à peine de suppuration, la plaie est presque cicatrisée. On ne juge pas à propos de faire une seconde inoculation évidemment inutile. Le 28, on lève de nouveau le pansement : la cicatrisation est complète.

OBSERVATION XXIII

B., Charles, 26 ans, soldat au 2e régiment d'infanterie de marine, n° 25.

Entré le 1er septembre pour chancres mous siégeant l'un à la face supérieure du prépuce l'autre à la partie latérale gauche du gland et datant de 12 jours. Adénite double.

Le 8 septembre, le Bubon du côté gauche est ouvert : petite quantité de pus bien lié dont l'inoculation détermine l'apparition deux jours après d'une pustule à laquelle fait suite une ulcération profonde, taillée à pic, à bords déchiquetés et suppurant abondamment; avec le pus de cette ulcération, on pratique une seconde inoculation qui donne un résultat semblable. Ces ulcérations sont touchées chaque jour à la solution de bichlorure à 1/100 et guérissent assez facilement en une quinzaine de jours.

Le 10 septembre, le pansement étant souillé par la suppuration du Bubon, on le lève et on le renouvelle : pus blanc, crêmeux; la plaie a bon aspect et des bourgeons charnus sont à fleur de peau. Une nouvelle ino-

culation donne naissance à une petite ulcération profonde, mais qui guérit très facilement par la simple application d'une plaque d'emplâtre de Vigo.

Le 23, le Bubon est presque cicatrisé, la suppuration est très peu abondante. La cicatrisation est définitive le 1er octobre : Cicatrice linéaire à peine perceptible. Ce malade a été surpris hors de son lit et ayant enlevé son pansement pour se laver.

OBSERVATION XXIV

B..., Ernest, 21 ans, soldat au 2e régiment d'infanterie de marine, n° 40.

Entré le 9 septembre pour chancre siégeant à l'ouverture du méat et Bubon à gauche ; le chancre date de 8 jours et le Bubon de 6. Le malade vient de passer 43 jours à l'infirmerie pour chancres multiples et blennorhagie. Cicatrice de chancre au filet.

Le 13 septembre, le chancre est guéri. On ouvre le Bubon devenu fluctuant : petite quantité de pus phlegmoneux dont l'inoculation reste négative. Le 19, on lève le pansement : la cicatrisation est complète; pas de traces de suppuration.

OBSERVATION XXV

D..., Emile, 23 ans, matelot de pont, n° 50.

Entré le 6 septembre pour blennorrhagie et chancre mou du fourreau de la verge. Orchite du côté gauche. Bubon de l'aine droite qu'on ouvre le 17 septembre : pus phlegmoneux dont l'inoculation reste négative. Le 22, le pansement est levé : à peine de suppuration; une seconde inoculation reste sans résultat; la plaie peut être considérée comme cicatrisée dès ce moment. La cicatrisation est complète le 28 septembre. Cicatrice à peine marquée.

OBSERVATION XXVI

R..., Charles, 22 ans, matelot de pont, n. 27.

Entré le 15 septembre pour chancre mou du frein datant de 6 jours. Adénite à gauche se prononçant de plus en plus et déterminant de vives douleurs.

Le 28, on perçoit de la fluctuation ; tous les ganglions de la région sont tuméfiés. Ouverture du Bubon : environ 50 grammes de pus très liquide et verdâtre dont l'inoculation pratiquée aux deux bras donne naissance à deux pustules suivies d'ulcérations circulaires, peu profondes, à bords bien nets, suppurant peu et qui guérissent facilement sans prendre aucune extension par l'application d'une couche de Vigo. Le 6 octobre, le pansement est levé : suppuration abondante de bonne nature, plaie à bords nets sans décollements. Le 10, on lève de nouveau le pansement : suppuration très abondante, aspect chancreux de la plaie, bords décollés et érodés, pus sanieux mêlé de sang, dont l'inoculation produit une ulcération large et profonde ayant tout l'aspect d'un chancre d'inoculation et dont les progrès sont arrêtés par des attouchements journaliers de bichlorure au 1/100. Le même traitement modifie rapidement la plaie de l'aine, mais la réparation est lente à se faire et la cicatrisation n'a lieu que le 3 décembre.

C'est le second des deux cas où la mauvaise foi du malade a été établie.

OBSERVATION XXVII

B..., Albert, 19 ans, soldat au 2e régiment d'infanterie de marine, n. 38.

Entré le 11 août pour chancres mous en couronne du prépuce. Adénite double. Le 29 septembre les chancres sont guéris; formation d'un Bubon à gauche. Le 4 octobre fluctuation manifeste, peau rouge, tendue, douloureuse. On pratique l'ouverture : pus phlegmoneux dont l'inoculation reste négative. Le 10 octobre le pansement est levé : pas de suppuration appréciable, la plaie est linéaire et peut être considérée comme étant cicatrisée. Cicatrisation complète le 13 octobre.

OBSERVATION XXVIII

Le B..., Pierre, gabier, n. 38.

Entré le 27 novembre pour chancre mou apparu il y a 6 jours à la base du gland. Adénite inguinale gauche. Au 7 décembre, le Bubon est volumineux et très douloureux. L'ouverture est faite le 8 décembre : environ 100 grammes de pus phlegmoneux dont l'inoculation reste négative. Le pansement est levé le 12 décembre : pas de suppuration; la plaie est complètement cicatrisée.

DEUXIÈME PARTIE

I

CAUSES D'INSUCCÈS ET D'ERREUR ATTACHÉES AUX EXPÉRIENCES FAITES DANS LE BUT D'ÉLUCIDER LA QUESTION DE LA VIRULENCE ORIGINELLE DU BUBON QUI ACCOMPAGNE LE CHANCRE MOU.

Parmi les nombreuses expériences que nous venons de relater, s'il en est de concluantes pour la doctrine de la non virulence du Bubon, il s'en trouve aussi dans lesquelles des cas lui semblent contraires. L'autorité de ces cas si rares au milieu de tant d'autres, venant apporter leur témoignage en faveur des idées émises par M. Strauss, nous a paru contestable; cela, pour la raison qu'il existe dans ces expériences des causes d'insuccès et d'erreur sur lesquelles nous allons nous étendre.

CAUSES D'INSUCCÈS

Un Bubon peut devenir chancrelleux :

1° Par la faute du malade lui-même;

2° Par le manque de précautions prises par le médecin pour éviter la contagion chancrelleuse.

1° En ce qui concerne le malade, il faut tenir compte de sa bonne foi, de sa bonne volonté ou de sa négligence. Nous avons déjà cité le cas de ces deux malades, du service de M. le professeur Galliot, qui avouèrent avoir eux-mêmes inoculé leur Bubon

avec du pus de leur chancre dans le but de prolonger leur séjour à l'hôpital.

Un autre malade de ce même service fut surpris levé, hors de son lit, et ayant ôté son pansement dans le but, disait-il, de se laver (Obs. 23).

Parmi les observations consignées dans la thèse de M. Menut, nous en trouvons deux qui nous montrent la chancrellisation du Bubon survenant à la suite de déplacement avéré du pansement par le malade lui-même.

Obs. 68 : 2 inoculations négatives avaient été faites, quand 9 jours après l'ouverture du Bubon, on constata sa virulence (29 déc.). Or, le 25 décembre, le malade avait enlevé son pansement qui fut remis en place par un infirmier.

Obs. 47 : 2 inoculations négatives avaient été faites, et le 29 novembre, le Bubon était presque cicatrisé. On fait une troisième inoculation et, le 3 décembre, l'inoculation est reconnue positive. Or, le malade a déplacé le verre de montre placé sur la piqûre d'inoculation et s'est gratté à plusieurs reprises. Le 1er décembre, le malade a enlevé son pansement et le 5 décembre, le Bubon a pris l'aspect chancreux caractéristique.

2° Le manque de précautions antiseptiques de la part du médecin peut déterminer la contamination.

L'asepsie des mains de celui qui opère ou qui panse, celle des instruments et des pièces de pansement, celle enfin des téguments que va recouvrir le pansement est une condition de succès.

L'observation suivante, empruntée encore à la thèse de M. Menut, nous offre un exemple de chancrellisation, déterminée par le contact de mains contaminées.

Obs. 24 : Une première inoculation faite à l'ouverture a été négative; une seconde inoculation faite 5 jours après est également négative. 5 jours encore après, une troisième inoculation donne cette fois un résultat positif; le Bubon pansé avec du coton

et de l'eau phéniquée a pris l'aspect chancreux. Or, quelques jours avant, on a excisé les bords décollés du Bubon après avoir touché et examiné la pustule d'inoculation du chancre et sans s'être lavé les mains au préalable.

L'asepsie des mains n'est point chose aussi facile qu'on le pense à obtenir, si on en croit les conclusions du travail de M. Kummel, basé sur de nombreuses expériences (comment le médecin doit-il désinfecter ses mains? *Centralblatt. für chir.*, 24 avril 1886) : quand il s'agit de mains propres, non infectées, il convient de les brosser pendant 5 minutes avec de l'eau chaude et du savon, puis de les frotter durant 3 minutes à l'aide d'une solution de thymol à 6 °/₀ ou de sublimé à 1 °/₀ ou d'acide phénique à 3 °/₀. Toutefois, la désinfection n'est complète et certaine qu'après lavage avec une solution phéniquée à 5 °/₀ et eau chlorée.

Pour Gärtner, il suffit pour stériliser les mains de l'opérateur de les baigner dans l'eau chaude, puis de les laver au savon de potasse et de les laisser ensuite pendant quelques minutes dans le sublimé.

Il nous paraît douteux qu'en général un tel luxe de précautions soit pris dans la pratique journalière.

L'asepsie des instruments semble plus aisée à assurer, mais encore faut-il y apporter toute son attention et ne pas se contenter de demi-mesures, telles que la simple immersion dans l'eau phéniquée qui ne peut donner qu'une sécurité souvent illusoire. Le flambage ou l'étuve à désinfection sont de rigueur.

Il est des exemples de contagion chancrelleuse effectuée par l'intermédiaire des instruments : Spérino a vu une lancette ayant servi à une inoculation et qui n'ayant pas été suffisamment nettoyée se trouvait encore recouverte à sa pointe d'un peu de pus, reproduire 7 mois après, trois chancres à la suite de trois piqûres. A l'article Chancre, du nouveau *Dictionnaire de médecine et de chirurgie,* plusieurs cas sont cités de plaies devenues chancrelleuses

après avoir été réunies au moyen de serre-fines insuffisamment nettoyées, et ayant quelque temps auparavant été placées sur des plaies souillées de pus chancrelleux.

Le pansement doit avoir pour but d'être une barrière infranchissable au contage extérieur.

Cette condition sera obtenue en se servant de matériaux réellement antiseptiques et en faisant un pansement le moins sujet possible à se déplacer. Mais il est de toute évidence qu'il ne doit recouvrir que des téguments rendus aseptiques ; et c'est souvent là l'écueil. Au Congrès des chirurgiens allemands, en 1885, Gärtner a constaté que la peau et les poils sont les parties qui présentent à leur surface le plus de microbes et qui sont les plus difficiles à désinfecter. Les expériences sur le rôle des micro-organismes dans la genèse de la suppuration nous sont encore un exemple de l'extrême difficulté d'opérer en l'absence des micro-organismes. En cette occasion, malgré des conditions d'asepsie et d'antisepsie rigoureuses, les déboires n'ont pas manqué aux expérimentateurs.

On a dit que le pus chancrelleux n'était pas facilement contagieux et MM. Horteloup et Diday se sont servis de cet argument contre la doctrine de la virulence par contamination du Bubon.

Ricord faisait remarquer que ce n'est pas dans la quantité mais dans la qualité du pus que réside sa propriété contagieuse ; et avec une goutte de pus chancrelleux mélangée dans un demi-verre d'eau, Puche a donné par l'inoculation naissance à des chancres. Fournier cite le cas d'un malade qui contracta un chancre mou en se lavant dans l'eau où un de ses amis atteint lui-même de chancres venait de se laver quelques instants auparavant. « Il est vrai, dit Jullien, que si le pouvoir contagionnant est lié à la puissance d'éléments figurés insolubles dans l'eau, l'addition d'une proportion croissante de véhicule les écartera sans les détruire et l'on comprend sans peine qu'il ne soit pas impossible à la lancette de rencontrer quelques-uns de ces éléments. »

Les observations de contagion par le pus chancreux ne font d'ailleurs point défaut ; la facilité même de cette contagion est relatée partout. Pour qu'elle s'effectue il suffit en effet, que le pus chancrelleux vienne en contact d'un point des téguments privé de son épiderme et offrant ainsi une porte d'entrée au virus.

Dans son traité pratique des maladies vénériennes ou recherches critiques et expérimentales sur l'inoculation (Paris 1838), Ricord donne plusieurs exemples de contamination soit de plaies déjà existantes, soit faites par les ongles du malade.

Ricord avait aussi remarqué que souvent les piqûres de sangsues placées sur un Bubon devenaient chancrelleuses et il l'expliquait par l'inoculation de dedans en dehors. Dans une circonstance où des piqûres de sangsues placées aux malléoles chez une femme atteinte de chancres, devinrent chancrelleuses, Ricord dut admettre la contamination et la démontra à ses élèves en plaçant à nouveau des sangsues dont les piqûres mises à l'abri de la contagion ne revêtirent aucunement l'aspect chancrelleux.

Rollet (art. Chancre du *Dict. encycl.*) parle de ces inoculations : « quand, dit-il, on applique des sangsues à l'aine, sur les » individus affectés de Bubon commençant, avec chancres à la » verge, il n'est pas rare de voir les piqûres devenir toutes chan- » creuses; le même accident peut avoir lieu sur des piqûres plus » ou moins éloignées des organes génitaux. Chez les malades » affectés à la fois de chancres et d'éruptions prurigineuses de la » peau, le grattage avec les doigts souillés de pus chancreux » opère souvent des inoculations consécutives ».

Dans le service de M. le professeur Galliot, nous avons nous-même vu un malade atteint à la fois de chancres et de gale s'inoculer par le grattage un large chancre de la paroi addominale.

« Il serait long, dit Jullien, de citer tous les chirurgiens qui ont » contracté la même maladie en donnant des soins à des chancreux

» et il n'est pas rare de voir des malades qui, en se grattant avec » leurs doigts souillés de pus ou en les portant au contact d'une » écorchure, ont déterminé l'apparition de chancres sur un point » quelconque de leur corps ».

Fabrice de Hilden rapporte le cas d'une jeune fille contaminée par les vêtements d'un jeune homme atteint de chancres mous.

Labarthe cite le cas d'un jeune mobile atteint de chancre mou de la face antérieure de la jambe droite où existait une écorchure résultant d'une chute; son camarade de lit examiné, fut reconnu atteint de plusieurs chancres du prépuce.

Thomaschewsky (*Wien. méd. Press.* n° 34, 1884) donne l'observation d'un malade atteint de chancre mou du prépuce et qui en mangeant se blesse l'amygdale droite avec un fragment d'os; un chancre se développe sur l'amygdale blessée et fournit à trois reprises, des chancres d'inoculation.

Citons pour terminer ce cas de chancre mou de l'oreille moyenne observé chez une femme, et rapporté par le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* (août 1887) d'après le *Lyon medical,* chancre consécutif à la chancrellisation de la cloison des fosses nasales, consécutive elle-même par contamination à des chancres siègeant aux parties génitales.

Nous voyons donc que la contagion par le pus chancrelleux n'est point chose rare, et l'on comprend facilement qu'elle puisse surtout s'établir pour une plaie aussi proche du foyer contagieux qu'est la plaie du Bubon suppuré siégeant à l'aine. Trop de précautions ne sauraient donc être prises pour l'éviter.

CAUSES D'ERREUR

Aux causes d'insuccès dont nous venons de parler viennent se joindre des causes d'erreur dans l'appréciation des résultats obtenus par l'inoculation.

Un Bubon suppuré est ouvert; on inocule immédiatement le pus auquel on vient de donner issue et si une ulcération revêtant l'apparence de l'ulcère chancrelleux se développe au point inoculé, le Bubon est dit virulent bien qu'il n'ait souvent pas encore pris l'aspect chancrelleux caractéristique qui n'apparaît guère qu'au bout de cinq à six jours, et on le cautérise pour détruire la virulence présumée.

Si l'ulcère développé par l'inoculation du pus chancrelleux est véritablement caractéristique, si on ne peut le confondre avec aucune autre ulcération, rien de mieux : la preuve de la virulence du bubon étant faite, on arrête cette virulence avant qu'elle ait pu déterminer des dégâts et on agit sagement.

Par malheur l'inoculation du pus chancrelleux n'est pas un critérium infaillible et cet ulcère en tous points semblable à l'ulcère chancrelleux peut souvent être produit par l'inoculation d'un pus quelconque. C'est là un fait qui paraît aujourd'hui bien établi.

C'est pourtant presque un axiôme que nous voyons consigné dans tous les traités d'affections vénériennes, que : « toute ulcé-» ration qui, inoculée au malade même, reproduit une ulcération » semblable à celle dont elle dérive est un chancre simple. »

Jullien dit avec raison « que cette définition du chancre simple » ne saurait tenir contre l'évidence de certains faits, et si dans l'im-» mence majorité des cas, la loi qui confère à la chancrelle le pri-» vilège et non le monopole de l'auto-inoculabilité peut être tenue » pour vraie elle est absolument controuvée lorsqu'il s'agit de la » enprdre pour fondement d'une théorie.

Citons des faits :

Ricord, (*Traité pratique des maladies vénériennes,* 1838) rapporte qu'il inocula 17 personnes avec du pus provenant de gonorrhée. Il expérimentait alors dans le but d'établir la distinction méconnue à l'époque entre la blennorrhagie et la syphilis. Aussi, dans les cas où l'inoculation du pus gonorrhéique lui donnait une ulcération,

le voyons-nous rapporter ce résultat à une susceptibilité spéciale, à un vice interne des sujets, son critérium étant surtout le fait de la guérison sans emploi du mercure, des ulcères ainsi développés.

Il est intéressant, nous croyons, de résumer ces expériences :

Trois hommes sains et dans la force de l'âge sont inoculés avec du pus provenant de gonorrhée, au gland et au prépuce : apparition d'ulcères légers qui guérissent facilement par les pansements les plus simples.

Deux autres, ayant des dispositions au scorbut sans l'avoir cependant bien développé, donnèrent des ulcères rebelles à tous les moyens locaux et ne cédèrent qu'aux excitants combinés aux acides.

Quatre jeunes gens avaient eu des scrofules ; les ulcères suite de l'inoculation furent très opiniâtres ; chez deux d'entre eux ils avaient presque tous les caractères syphilitiques.

Un jeune homme né de parents goutteux eut un ulcère qui résista à tous les remèdes et ne guérit que dans les chaleurs de l'été.

Un homme de cinquante ans sujet aux hémorrhoïdes les avait vu disparaître ; il est inoculé avec du pus gonorrhéique : l'ulcère consécutif prit toute l'apparence vénérienne et ne guérit que par le retour du flux hémorroïdal.

Enfin sur six individus d'une constitution faible, irritable, cacochyme, il y eut des ulcères opiniâtres dans quatre cas, légers dans les deux autres.

En 1853, E. Vidal reconnaît l'inoculabilité de l'ecthyma simple.

En 1867, Ricord, chez un homme atteint d'uréthrite et de phlegmon péri-uréthral sans communication avec l'uréthre, fait une application de sangsues dont les piqûres suppurent. Le 6 novembre, il inocule le pus provenant de ces piqûres à la cuisse droite en deux points ; le 8 novembre, deux papules rougeâtres se montrent avec une base infiltrée, douloureuse et surmontée d'une vésico-

pustule ; le 9, les pustules étaient notablement augmentées ; du pus recueilli sur ses éléments est porté sur deux points au bras droit. Le 11, la cuisse portait deux ulcérations à bords taillés à pic irréguliers ou décollés, à fond grisâtre et très douloureux. Les pustules du bras présentèrent les mêmes phénomènes, elles furent toutefois un peu plus petites. Toutes arrivèrent à l'ulcération et ne guérirent que sous l'influence des cautérisations.

Pareille expérience, au dire de Jullien, a été plusieurs fois renouvelée et toujours avec le même succès. Ce ne sont pas là des faits exceptionnels. A l'étranger, Tanturri, Turati, Rocche, Pick, Reder, Krause ont multiplié et varié ces expériences et ont obtenu des ulcères inoculables par génération en inoculant du pus de pustules produites par le tartre stibié, en inoculant des pustules d'impetigo, d'ecthyma, de zoster, de lupus vulgaire, pemphigus, herpès, gale, acné vulgaire, ulcère chronique de la jambe.

Finger de Berlin (Congrès médical de Strasbourg, 1886, *Ann. de Derm. et Syph.*, t. VII) a répété ces expériences. Avec du pus d'une ulcération banale artificiellement irritée, il a obtenu des inoculations positives en séries, qui ressemblaient en tous points à des chancres simples et qui donnèrent même naissance à un bubon suppuré.

« De ces expériences et de celles faites jusqu'à ce jour, il résulte » incontestablement, pour cet auteur, que le chancre mou est le » produit de l'inoculation de pus ordinaire à des sujets non syphi- » litiques. C'est moins la virulence du pus que la réceptivité du » terrain qui fait le chancre mou ; celui-ci n'est que le produit de » transmission d'un pus irritant sur des portions de téguments et » de muqueuses suffisamment irritables. Différentes particularités » sont enfin contraires à l'idée de la nature virulente du chancre » mou. Ce sont d'abord l'absence d'inoculation, puis la manière » très diverse dont réagissent les différentes régions du corps sou- » mises à l'action du pus chancreux, enfin le fait que c'est au

» début de la pustulation que la virulence est à son maximum. »

Le Dr Sturgis (mars 1887. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases* n° 3, p. 91) rappelle les expériences faites sur le même sujet et met en doute aussi l'existence du virus chancrelleux. Il cite les recherches de Wigglesworth qui put s'inoculer pendant plusieurs générations du pus pris sur lui-même dans une pustule d'acné. Enfin dans une discussion à la Société dermatologique de New-York, le Dr Taylor soutient la communication du Dr Sturgis : ses études personnelles, ses observations et les résultats de ses expériences l'on conduit à des conclusions identiques.

Il semble difficile de refuser, avec ces auteurs, au pus chancrelleux une virulence spécifique admise par tous depuis longtemps et dont la preuve n'est plus à faire. Cependant, ce fait indéniable d'ulcérations semblables à celles que fait naître l'inoculation du pus chancrelleux, pouvant apparaître par l'inoculation d'un pus quelconque, doit atténuer considérablement la portée des résultats obtenus par l'inoculation du pus des Bubons suppurés. Pour notre part, nous avons vu dans le service de M. Galliot des inoculations faites avec du pus de Bubons qui n'offrirent jamais l'aspect chancreux, donner suite à des ulcères en séries semblables aux ulcères chancrelleux dans leur évolution et leur aspect.

II

Objections élevées contre la doctrine de la non virulence primitive du Bubon qui accompagne le chancre mou et théories émises pour expliquer certains faits qui semblent infirmer la contagion par les vaisseaux lymphatiques.

Avant même que les expériences suscitées par la première communication de M. Straus fussent venues apporter leur témoignage en faveur ou en défaveur de la nouvelle opinion, des objections s'élevèrent parmi les défenseurs de la contagion par les lymphatiques.

Nous allons reproduire ces objections et leur donner ensuite réponse.

Le premier, M. Horteloup, attaque l'opinion de la non virulence originelle du Bubon (Société de Chirurgie, 17 décembre 1884). Il admet que, d'une façon exceptionnelle, la contagion puisse s'effectuer du chancre à la plaie du Bubon. Mais où la théorie de M. Straus devient pour lui difficile à admettre, c'est en présence de Bubons chancreux survenus chez des individus dont les chancres étaient guéris au moment de l'ouverture du Bubon. A ce propos, M. Horteloup cite l'observation par lui publiée en 1880 (*Ann. de derm. et syph.*), d'un homme chez lequel se déclarèrent 2 adénites suppurées reconnues virulentes par l'inoculation, 3 mois après la guérison du chancre. Si on en croit la doctrine de M. Straus, la contamination dans ce cas n'a donc pu s'effectuer que par contage extérieur. Pourquoi donc, si c'est par contamination que le Bubon devient chancreux, le nombre des adénites

chancreuses n'est-il pas plus considérable et comment une plaie quelconque ne devient-elle pas chancreuse dans les services de vénériens?

M. Horteloup croit que le pus desséché ne peut donner naissance à un chancre simple. Enfin, il demande comment dans les cas où la virulence ne s'observe que le lendemain ou le surlendemain, le pus chancrelleux, qui demande 48 heures d'incubation, peut en si peu de temps inoculer le Bubon?

M. Diday (Société de Chirurgie, 7 janvier 1885) est aussi de l'avis que la contamination ne saurait expliquer que quelques cas.

1° Pourquoi, demande-t-il, les vésicatoires si fréquemment employés dans le traitement du Bubon et présentant souvent des surfaces excoriées, saignantes, ne deviennent-ils pas chancreux par inoculation?

2° Pourquoi, si le Bubon devient chancreux par inoculation, l'érosion chancrelleuse ne commence-t-elle pas par le point que le virus a touché pour s'étendre ensuite de proche en proche? Au contraire, on voit toujours les bords de l'incision devenir simultanément chancreux. C'est donc que l'inoculation a lieu de dedans en dehors par le pus coulant à pleins bords sur les lèvres de la plaie.

3° Pourquoi la chancrellisation du Bubon (bords festonnés, déchiquetés, pultacés) se fait-elle toujours, devient-elle apparente au cinquième ou sixième jour et jamais après le septième?

4° Il y a des Bubons dont on peut prédire avant l'ouverture qu'ils seront chancrelleux ; les Bubons strumeux ne le deviendront jamais.

Il a déjà été répondu à la plupart de ces objections qui ont été jugées de peu de valeur contre la doctrine de la non virulence primitive du Bubon (thèse de Menut).

Reprenons une à une ces objections et voyons de quel poids elles sont dans le débat qui nous occupe.

L'inoculation du Bubon est exceptionnelle, dit M. Horteloup. Actuellement, grâce à l'emploi des moyens antiseptiques, cette proposition peut être tenue pour vraie; avant les expériences de M. Straus, c'est le contraire qui était la vérité si on en juge par les différences existant entre les statistiques anciennes de 50, 70 et 75 °/₀ de Bubons chancreux et les statistiques actuelles.

La guérison des chancres au moment de l'ouverture du Bubon n'est pas un argument contre la contagion. Les téguments, la chemise du malade, les draps de son lit peuvent être souillés de pus chancreux et être la voie par laquelle se fait la contagion que peuvent déterminer aussi les mains du chirurgien, les instruments, les objets de pansement. Le cas cité par M. Horteloup d'adénite chancreuse survenue 3 mois après la guérison du chancre, ne peut, il nous semble, s'expliquer que par la contagion quel que soit son mode; il est certainement plus difficile d'admettre que le virus chancrelleux ait dormi 3 mois dans les lymphatiques sans y produire aucun désordre, pour donner au bout de ce laps de temps, naissance à un chancre ganglionnaire.

La contamination du Bubon par le pus chancrelleux n'est évidemment pas fatale et dans un service de vénérien toute plaie ne devient pas forcément chancreuse. Mais cette contagion est facile et comme nous l'avons vu, relativement fréquente. Contrairement à l'opinion de M. Horteloup, il paraît aussi prouvé que le pus desséché ne perd pas sa virulence (expérience de Spérino).

On peut répondre enfin à la dernière observation concernant le faible laps de temps de l'inoculation dans les cas où celle-ci ne s'observe que le lendemain ou le surlendemain de l'ouverture du Bubon : 1° Le virus chancrelleux n'a pas d'incubation. Jullien est précis à cet égard : « l'observation, dit-il, nous apprend qu'il n'existe pas de période d'incubation pour le virus du chancre simple » Rollet (art. chancre, *Dict. encyclop.*) est non moins affirmatif : « lorsque l'inoculation réussit avec le pus chancreux, l'effet

est remarquable en ce point surtout qu'il est immédiat et qu'il se produit sans incubation. » Il s'agit ici, bien entendu, du chancre développé par l'inoculation avec la lancette, car il est difficile d'apprécier le mode de développement du chancre consécutif à la contagion. Celui-ci apparaît dans un délai très variable, l'introduction du virus dans les tissus ne se faisant pas la plupart du temps immédiatement comme dans l'inoculation avec la lancette; la contagion dans ce cas est souvent médiate. Les statistiques de Fournier et de Lefort, portant sur 700 malades donnent 550 apparitions du chancre dans les 8 premiers jours, les autres s'étant montrés dans un délai qui s'étend jusqu'à 26 et 30 jours.

Le virus chancrelleux introduit au sein des tissus y commence donc sur-le-champ ses ravages qui peu ou pas apparents au début le deviennent de plus en plus; le chancre peut être considéré comme parvenu à sa période d'état vers le cinquième jour.

Du pus chancrelleux venant au contact du Bubon en suppuration se mélange à celle-ci et lui communique ses propriétés. Le Bubon devenu chancreux ne peut guère dans les 2 à 3 premiers jours, être reconnu tel que par l'inoculation; son aspect n'a encore rien de caractéristique, les bords érodés et festonnés n'existant pas encore. A part ce dernier signe, aucun de ceux qui font dire qu'un Bubon a l'aspect chancreux n'appartient d'une façon exclusive au Bubon virulent : « bords tuméfiés, rougeâtres, » renversés en dehors, fond grisâtre, pus mal lié, de mauvais » aspect, peuvent s'observer dans certains cas de Bubons simples, » surtout quand la plaie est pour une cause quelconque le siège » d'une irritation anormale » (Menut).

A la question de M. Diday concernant l'immunité dont jouissent les téguments excoriés par un vésicatoire, on peut répondre qu'il existe au point de vue de l'action du virus chancrelleux, une différence entre la peau simplement dépouillée de la couche cornée de son épiderme et une plaie intéressant le derme ou toute

l'épaisseur de la peau. Comme nous le verrons, la pénétration du virus paraît subordonnée à l'intégrité, non pas seulement de la couche cornée de l'épiderme, mais bien de celui-ci tout entier. L'épiderme, avec son stratum malpighien séparé du chorion par un basement membrane, est encore une barrière que ne rompt pas en général l'application d'un vésicatoire. L'épiderme est le protecteur né de l'organisme contre le chancre qui n'y entre, selon l'expression pittoresque de Ricord, que par effraction.

Cette immunité vis-à-vis du pus chancrelleux, des surfaces excoriées par les vésicatoires, n'a pas échappé à ce dernier. « Pour que le virus vénérien agisse, il faut, dit-il, des conditions de tissus et l'expérience m'a prouvé que les surfaces des vésicatoires en particulier, avaient beaucoup de peine à s'inoculer. En effet, j'emploie tous les jours les vésicatoires sur des Bubons virulents, même après leur ouverture et *alors qu'ils fournissent le pus spécifique;* et, tandis que celui-ci peut s'inoculer à la lancette sur tout autre point de la peau, la surface du vésicatoire qui en est souvent baignée ne s'infecte pas ». (*Traité pratique des inoculations,* 1838).

D'autre part, Jullien a fait des expériences pour constater le mode de contagion du virus chancrelleux. Du pus chancrelleux était déposé sur la face antérieure de la cuisse ; avec la pulpe du doigt, il frottait pendant un certain temps, de façon à mettre le pus en rapport aussi intime que possible avec les éléments de la peau et parfois même il lui est arrivé d'user la couche superficielle de l'épiderme. Il recouvrait ensuite la partie ainsi préparée avec du diachylon. Jamais la pustule chancreuse n'est apparue. Il a été jusqu'à épiler la surface sur laquelle il expérimentait, pensant ainsi offrir au virus une porte d'entrée; jamais il n'a obtenu de résultat positif.

Nous répondons à la seconde question de M. Diday : « Pourquoi l'érosion chancrelleuse ne commence-t-elle pas par le point

que le virus a touché, mais atteint au contraire d'emblée les bords de l'incision », que l'apparition des dégâts causés par le virus n'est pas instantanée, et que la parcelle de pus venue au contact de la plaie a bientôt fait de se mêler aux liquides qui la baignent et de leur communiquer ses propriétés nocives. Le temps qui sépare l'atteinte du premier point touché de celle de la plaie entière n'est sans doute pas assez considérable pour qu'il existe une différence bien appréciable dans le degré de chancrellisation des bords de cette plaie. Dans l'intervalle de deux pansements, la plaie a tout le temps de s'inoculer elle-même et de se chancrelliser dans toutes ses parties.

Quant à la règle posée par M. Diday, que la chancrellisation du Bubon n'apparaît jamais après le septième jour (bords festonnés, déchiquetés, pultacés) mais toujours au plus tard vers le cinquième ou sixième, elle souffre des exceptions. Dans notre observation n° 1, nous voyons que l'aspect chancreux n'est apparu qu'au dixième jour après l'ouverture du Bubon. Dans les quatre cas de virulence secondaire relatés dans la thèse de M. Menut, nous voyons également que le Bubon n'a pris l'aspect chancreux qu'au bout de neuf, onze, quatorze et vingt jours. Il paraît cependant naturel que si les précautions contre la contagion n'ont pas été suffisantes, c'est dans les premiers jours qui suivent l'ouverture du Bubon que la contamination a toutes chances de s'effectuer.

En dernier lieu, M. Diday affirme la possibilité du diagnostic différentiel entre le Bubon inflammatoire et le Bubon virulent avant leur ouverture. Dans ses expériences, M. Straus a démontré le peu de valeur clinique attaché aux caractères longtemps admis comme distinctifs des deux espèces de Bubon, avant et au moment même de leur incision. Depuis, une foule d'observations ont constaté le même fait. Des signes autrefois considérés comme pathognomoniques du Bubon chancrelleux ont été trouvés dans des Bubons n'ayant aucune virulence et inversement des Bubons

ayant toutes les apparences du Bubon inflammatoire sont devenus chancrelleux. Les caractères permettant de reconnaître le chancre ganglionnaire, n'ont d'ailleurs pas aux yeux des divers auteurs, la même importance. C'est ainsi que pour M. Fournier, le seul signe d'une réelle valeur pour le présage de la virulence du Bubon, est son développement plus de quinze jours après le début du chancre. Pour d'autres, les signes précurseurs de la virulence sont : l'évolution hâtive, le ramollissement simultané de toute la masse indurée, l'amincissement considérable de la peau présentant, suivant l'expression de Rollet, l'aspect d'une ampoule purulente, la douleur très vive au début, l'ouverture spontanée par plusieurs pertuis ; enfin à l'ouverture : le pus sanieux, roussâtre, couleur chocolat. Tout en attachant à ces divers signes une importance variable, Ricord, Rollet et Fournier ne voient en somme comme signe réellement irrécusable de la virulence du Bubon que l'inoculation. Nous avons vu que même ce dernier signe est contestable, et que tant qu'un Bubon n'offre pas les caractères chancreux, caractéristiques, on est en droit d'hésiter à se prononcer sur sa nature chancrelleuse ou non.

Dans ce débat, entre les partisans de l'absoption du virus chancrelleux par les lymphatiques et ceux qui soutiennent l'opinion de la contamination extérieure, il est cependant un fait sur lequel l'accord est à peu près unanime ; c'est l'extrême rareté de la virulence du Bubon constatée au moment même de son ouverture par l'inoculation.

Il s'agissait d'expliquer ce fait contraire à l'opinion de la chancrellisation par les voies lymphatiques. Ricord avait imaginé dans ce but la théorie de l'adénite et de la périadénite ; celle-ci donnant lieu à un abcès qui s'ouvrant le premier, ne fournissait pas un pus inoculable ; celle-lá ne donnant issue à son pus virulent qu'en dernier lieu. M. Straus dans ses expériences eut soin dans les cas où la périadénite et l'adénite étaient bien distinctes, de

répéter l'expérience de Ricord consistant à prendre pour l'inoculer du pus de la périadénite, puis de l'adénite elle-même : il n'obtint cependant dans ces cas que des résultats négatifs. Les inoculations faites dans le service de M. Galliot l'ont toujours été avec le pus superficiel pouvant provenir de la périadénite et avec le pus profond provenant du ganglion lui-même. L'explication donnée par Ricord ne convenait qu'aux cas assez rares où l'adénite et la péri-adénite étant bien distinctes, l'abcès extra-ganglionnaire s'ouvre avant l'abcès ganglionnaire. Aussi d'autres hypothèses furent-elles faites. Auzias-Turenne mit en avant la trop grande dilution du virus chancrelleux dans le pus du Bubon à son ouverture ; théorie de peu de valeur puisque nous savons que le pus chancrelleux même très dilué (expérience de Puche) conserve son action. Pour M. Horteloup, la gangrène moléculaire qui se produit à l'intérieur du ganglion chancrelleux doit tuer l'élément virulent qui reparaît après l'élimination des parties mortifiées. Cette hypothèse n'explique pas pourquoi si le processus gangréneux détruit la virulence dans le ganglion, celle-ci reparaît après l'ouverture du Bubon. Il est, en effet, fort douteux, comme on l'a dit, qu'après la destruction du ganglion et les lésions inflammatoires qui l'entourent, l'apport du virus soit encore possible par les vaisseaux lymphatiques. La même cause qui empêche la propagation dans les ganglions voisins, du virus par les vaisseaux efférents, doit aussi rendre, il semble, imperméables les vaisseaux afférents. Puis comment expliquer ce nouvel apport de virus dans les cas où les chancres sont guéris quand il est procédé à l'ouverture du Bubon ?

L'hypothèse de M. Aubert (de Lyon) basée sur l'expérimentation, est plus séduisante. Elle repose sur ce fait bien constaté, que le pus chancrelleux soumis pendant une heure à la température de 42° ou pendant 16 à 18 heures à une température de 37° à 38°, perd son action virulente. Suivant M. Aubert, la température des

tissus au sein desquels se trouve avant l'ouverture le pus du Bubon, suffit sinon pour détruire, du moins pour atténuer grandement sa virulence; l'issue étant donnée au pus, l'abaissement de température du foyer permet au virus de recouvrer toute son énergie. Si les adénites profondes intra-pelviennes, suite de chancres mous du col utérin ne deviennent jamais virulentes, c'est que la température de la région s'y oppose. On a reproché à cette explication, de ne s'appliquer qu'aux cas où la virulence ne peut être vérifiée au moment même de l'ouverture et de se trouver en défaut dans les cas où l'inoculation faite avec le pus sortant à l'incision donne un résultat positif; il est vrai que ces cas sont l'exception.

Les expériences de M. Aubert ont donc démontré qu'une température de 37° à 38° suffisamment prolongée, annihile la virulence du pus chancrelleux, ce qui permet de penser que le séjour de ce virus est impossible dans les voies lymphatiques et surtout dans le ganglion inflammé. Comment alors s'expliquer que dans certains cas ce séjour du pus virulent dans le ganglion lymphatique soit possible et que la température qui, la plupart du temps, détruit sa virulence, reste impuissante contre lui ? Comment aussi admettre que la virulence anéantie apparaisse de nouveau après l'ouverture du Bubon ? Faut-il encore l'attribuer à un nouvel apport de virus par les lymphatiques ? Si l'on admet que dans les rares cas où l'inoculation pratiquée à l'ouverture du Bubon donne un résultat positif, la nature chancrelleuse du pus inoculé est contestable, et qu'il faut pour l'affirmer, que la plaie du Bubon ait pris l'aspect chancreux caractéristique, il ne reste de l'explication donnée par M. Aubert que l'impossibilité pour le virus chancrelleux de se développer et probablement aussi de s'introduire dans l'intérieur de l'organisme.

III

RÉSUMÉ DES FAITS QUI PLAIDENT EN FAVEUR DE LA NON VIRULENCE PRIMITIVE DU BUBON SUPPURÉ ASSOCIÉ AUX CHANCRES MOUS.

Dans la question controversée de la virulence primitive ou non du Bubon survenant dans le cas de chancre mou, bien des faits sont en faveur de l'opinion de la contamination extérieure. Celle-ci n'a contre elle, que les cas actuellement d'ailleurs assez rares de Bubons devenus chancrelleux, sans qu'il ait été possible de déterminer la voie de leur contamination. Si on reconnaît que dans les recherches concernant la virulence du Bubon existent les causes d'insuccès et d'erreur que nous avons signalées et pouvant provenir soit de la négligence ou de la mauvaise foi des malades, soit de la défectuosité des moyens d'asepsie et d'antisepsie, soit enfin d'une fausse appréciation du résultat des inoculations, ces cas qui semblent favorables à l'opinion de la chancrellisation du ganglion par les lymphatiques n'ont plus la valeur de preuves irrécusables.

Les faits suivants résultant des diverses recherches touchant le chancre mou et le Bubon qui souvent lui est associé paraissent acquis et incontestables :

1° On a toujours remarqué la rareté de la virulence constatée par l'inoculation du pus du bubon au moment même de son ouverture.

2° L'inoculation ne suffit pas pour affirmer la nature chancrelleuse du pus d'un Bubon, tant que celui-ci n'a pas revêtu l'aspect chancreux caractéristique qui ne se déclare guère avant le cin-

quième ou le sixième jour. En effet, nous savons qu'un pus quelconque peut dans certaines conditions, donner par l'inoculation un résultat qu'il est actuellement impossible de différencier de celui que produit l'inoculation du pus chancrelleux.

3° Le nombre des bubons chancrelleux fort élevé avant l'usage d'une méthode antiseptique rigoureuse est devenu depuis comparativement très faible. Grâce à l'emploi de cette méthode, des expérimentateurs ont obtenu de longues séries de Bubons indemnes de chancrellisation, qu'il est difficile d'imputer à un heureux hasard.

4° Les expériences d'Aubert (de Lyon) et de Laurent Mannino nous apprennent qu'une température de 35° à 40° plus ou moins prolongée, annihile la virulence du pus chancrelleux. Ce fait paraît difficile à concilier avec la pénétration du virus chancrelleux dans les lymphatiques et surtout dans un ganglion où l'inflammation doit encore déterminer une élévation de température plus que suffisante pour détruire ce virus. La chaleur paraît être en effet l'unique obstacle à l'intoxication générale de l'organisme par le virus du chancre simple, virus local auquel sont nécessaires la présence de l'air et une température inférieure à celle de l'intérieur du corps humain. Si les chancres cavitaires et ceux du col utérin en particulier sont si bénins cela tient sans doute à la température de la région qui offre au virus des conditions peu favorables de développement.

5° Dans les recherches microscopiques faites sur le pus du Bubon à son ouverture, ou on n'a trouvé dans ce pus aucun micro-organisme (Straus, Cornil et Babès), ou il n'y a été vu que les microbes ordinaires de la suppuration (Mannino). Jamais ceux qui ont cru trouver le microbe du chancre mou n'ont pu en constater la présence dans le pus du Bubon au moment de son ouverture, mais bien au bout d'un temps plus ou moins long, quand celui-ci devenait chancreux (Primo Ferrari, Mannino).

Il importe enfin croyons-nous, de rapprocher de ces faits la facilité avec laquelle le pus chancrelleux peut inoculer les téguments dépouillés de leur épiderme et la difficulté qu'on peut éprouver à détruire les germes chancrelleux pouvant se trouver dans la région où l'on opère, surtout si celle-ci est le pli de l'aine.

Si on en croit les recherches de Mannino et de de Luca sur la pathogénie du Bubon dans le cas de chancre mou des organes génitaux, celui-ci serait donc produit par l'introduction dans les voies lymphatiques, des micro-organismes ordinaires de la suppuration : streptococcus et staphylococcus aureus. Le chancre mou paraîtrait se comporter dans la genèse du Bubon comme toute autre plaie, donnant lieu plus fréquemment il est vrai, mais peut-être seulement à cause de son siège et de la nature des lésions qu'il détermine, à l'inflammation des ganglions lymphatiques. Est-il d'ailleurs forcé que l'ulcère chancrelleux engendre une adénite également chancrelleuse ? Evidemment non, puisque celle-ci est, pour ainsi dire, l'exception. Comme le font remarquer Cornil et Babès, des maladies infectieuses spéciales (f. typh., variole, érysipèle, etc.) lorsqu'elles s'accompagnent d'abcès sous-cutanés de pustules, de clous, ne déterminent pas d'habitude dans ces accidents, la production des bactéries qui leur sont propres, mais bien des microbes ordinaires de la suppuration. N'est-il pas enfin difficile de s'expliquer comment la porte d'entrée ouverte aux micro-organismes qui déterminent l'adénite simple reste la plupart du temps fermée à ceux qui donnent selon toute probabilité sa virulence au pus chancrelleux ?

Le fait que ce sont surtout les chancres de certaines régions qui se compliquent de Bubon n'est-il pas aussi digne d'attention ? Les chancres du col utérin ne sont jamais, pour ainsi dire, suivis d'adénite suppurée ni chancrelleuse, ni inflammatoire, de la cavité pelvienne, malgré l'abondance des vaisseaux lymphatiques de la région. L'adéno-lymphite péri-utérine consécutive à la chancrelle

du col a bien été signalée par Martineau, mais tous s'accordent à la trouver très rare. Les chancres développés dans les expériences par l'inoculation sont aussi, bien rarement suivis de Bubon. Ceux du bras, par exemple, n'ont jamais offert cette complication ; ce sont il est vrai des plaies qu'on surveille et qu'on panse avec soin. Nous voyons au contraire les chancres survenus accidentellement à la main donner la plupart du temps naissance à l'inflammation des ganglions lymphatiques. Aux organes génitaux ce sont surtout, chez l'homme, les chancres siégeant au niveau du frein et chez la femme ceux de la vulve et de ses abords qui sont suivis de Bubon. Dans ces cas, faut-il n'attribuer qu'à l'exposition particulière de ces chancres aux chocs ou aux tiraillements qui peuvent les faire saigner, la plus grande fréquence du Bubon ? Ce sont, a-t-on dit, surtout les chancres qui saignent qui se compliquent de Bubon ; toute porte veineuse étant l'indice d'une porte lymphatique voisine. La déchirure des lymphatiques doit en effet faciliter l'absorption des germes qui se trouvent à la surface de l'ulcère. Aussi voyons-nous que ce sont, en général, les régions à la fois exposées aux chocs ou aux tiraillements et riches en réseaux lymphatiques (organes génitaux, extrémité des membres, doigts, orteils) dont les plaies donnent le plus souvent naissance à l'inflammation des voies lymphatiques. Mais ne doit-on pas songer aussi que les plaies de ces régions sont ordinairement plus exposées que d'autres à l'action nocive de divers micro-organismes (microbes pyogènes et saprogènes) ?

Il est, pour terminer, un point sur lequel il nous paraît utile d'insister, parce que sur lui peut reposer la réussite des expériences concernant le Bubon du chancre mou. Nous voulons parler des conditions d'asepsie et d'antisepsie dans lesquelles il est indispensable d'opérer et dont la rigueur seule a pu donner à ceux qui les ont remplies les succès que l'on sait. Outre qu'elles auront pour résultat d'éviter la contamination chancrelleuse, elles met-

tront la plaie à l'abri des accidents communs à toutes les plaies et assureront sa prompte cicatrisation à moins que la constitution même du sujet n'y apporte quelque obstacle.

A quel agent antiseptique s'adresser pour réaliser ces conditions le mieux possible? L'acide phénique et l'iodoforme souvent employés comme tel dans l'opération et le pansement du Bubon suppuré ne semblent cependant pas jouir d'une action microbicide suffisamment énergique et ne sauraient donner qu'une fausse sécurité. L'acide phénique peut s'opposer au développement des germes dans un milieu déjà neutralisé, mais ne paraît les détruire qu'avec peine. D'après le travail du Dr Miquel (*Annuaire de Montsouris,* 1884) la dose minima d'acide phénique capable de s'opposer à la putréfaction d'un litre de bouillon de bœuf neutralisé est de 3.20, résultat obtenu par 0,07 de bi-chlorure de mercure. Suivant, ce même auteur, les solutions mercuriques, même diluées à 1/10,000 attaquent les germes les plus résistants et les détruisent irrévocablement, alors que l'acide phénique en solution alcoolique à 50 0/0 se montre sur eux sans effet. D'après l'analyse du travail de Jalan de la Croix, par M. Duclaux, nous voyons que 250 grammes d'acide phénique sont nécessaires pour stériliser un litre de jus de viande rempli de bactéries, tandis que 0,08 cent. de bichlorure suffisent au même office. Pour Warrikoff l'acide phénique ne tue pas les bacilles.

Pour ce qui est de l'iodoforme, Heyn et Rovsing à Copenhague, de Ruyter à Berlin, Lübbert à Würzbourg, Tilanus à Amsterdam, Tricomi (4e Congrès de la Société italienne de Chirurgie, 1887), sont arrivés dans leurs expériences, aux mêmes résultats; pour eux l'iodoforme n'est pas un antiseptique. S'il donne en chirurgie de bons résultats dans le pansement des plaies, peut-être agit-il par l'iode qui peut s'en dégager, surtout dans les solutions, dans l'éther et les huiles.

Le bichlorure de mercure jouit, au contraire, d'une action

microbicide énergique; il paraît donc préférable de l'employer comme agent antiseptique. Il faut cependant savoir que tel qu'il est employé d'ordinaire, il ne donne pas toujours son maximum d'action. Les recherches du docteur E. Laplace (*Deutsche medicin. Wochenschrift,* oct. 1887) ont démontré que l'addition d'une petite quantité d'acide, augmente le pouvoir antiseptique du sublimé. En solution ordinaire, le bichlorure forme en effet, avec les matières albuminoïdes, un précipité qui rend pratiquement ce sel insoluble ou du moins colloïdal et l'empêche par là de se diffuser dans la masse du sérum et d'aller y tuer les germes. L'addition d'acide empêche ces précipités. Les solutions antiseptiques conseillées par cet auteur sont pour le pansement des plaies : sublimé 1/1000 et acide tartrique 5/1000; quant aux objets de pansement, il les laisse séjourner deux heures dans une solution de : sublimé 5/1000 et acide tartrique 20/1000.

Les accidents imputés à l'emploi du bichlorure en chirurgie ne peuvent ici faire rejeter ce précieux antiseptique. Les quantités employées dans le lavage de la plaie offerte par l'incision du Bubon ne sont pas assez considérables et la surface d'absorption n'est pas elle-même assez vaste pour qu'il y ait lieu de redouter des accidents d'intoxication. Dans le service de M. le professeur Galliot, le traitement des bubons suppurés, tel que nous l'avons décrit, n'a jamais donné lieu à aucun accident ; aucun effet fâcheux du côté des voies digestives, aucun retentissement sur les organes uro-poïétiques n'ont été observés. Quant aux accidents locaux signalés à propos de l'emploi du sublimé dans le traitement des plaies (légère irritation des bords de la plaie, épaississement, pigmentation des téguments, érythème localisé, pustules), ils sont passagers, de peu d'importance et bien rares si l'on se contente du lavage de la plaie recouverte ensuite d'un pansement sec et occlusif au coton aseptique.

CONCLUSION

Nous avons essayé, dans ce travail, de faire valoir les raisons qui nous semblent plaider en faveur de la non virulence primitive du Bubon qui accompagne le chancre mou. Acceptée par les uns, repoussée par les autres, selon la réussite ou non d'expériences entreprises souvent dans des conditions différentes, l'opinion émise pour la première fois par M. Straus, a été le point de départ d'un immense progrès dans l'étude et le traitement du Bubon suppuré. Nous sommes loin de l'époque où la chancrellisation du Bubon s'observait dans plus de la moitié des cas. « On sait, dit P. Reclus » (Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu, 1888) combien une » affirmation pareille est exagérée et nous voyons, d'après un » relevé de Humbert, que le Bubon serait virulent, non plus dans » la proportion de 1/2 mais de 1/35. » C'est-à-dire que le Bubon virulent est l'exception.

En 1880 M. Mauriac (*Traitement de l'adénopathie virulente ou chancrelleuse au moment de son apparition*) s'exprimait ainsi : « Le Bubon chancrelleux étant beaucoup plus fréquent que l'adé- » nite simple, il est prudent d'agir comme si cette dernière n'exis- » tait pas », et, conseillait le traitement abortif du Bubon présumé chancrelleux par l'incision précoce et la cautérisation. Aujourd'hui la proposition doit être renversée; car en dehors même de toute opinion doctrinale, la pratique actuelle nous enseigne que dans le traitement du Bubon suppuré survenant à la suite de chancres

mous, il faut agir, comme si la chancrellisation du Bubon n'était guère à redouter que par le fait de sa contamination extérieure par le pus chancrelleux. Seul l'emploi de précautions antiseptiques rigoureuses, pourra mettre à l'abri de cette contamination et faire du Bubon chancrelleux une exception.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES

Vu, bon a imprimer :
Le Président de la thèse,
Dr BOUCHARD.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 21 février 1888.
Le Recteur,
H. OUVRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Œuvres complètes de J. Hunter (trad. de G. Richelot, Paris, 1839, t. 2).

Ricord. — Traité pratique des maladies vénériennes ou recherches critiques et expérimentales sur l'inoculation ; Paris, 1838.

Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales ; articles : Chancre et Bubon.

Jullien. — Traité pratique des maladies vénériennes, 1885.

Cornil et Babès. — Les bactéries, 1887.

Annales de l'institut Pasteur, 1887.

Menut. — De la virulence du Bubon qui accompagne le chancre mou ; thèse de Paris, novembre 1885.

Annales de Dermatologie et de syphiligraphie, 1880, 1882, 1883, 1885, 1886, 1887.

Revue des Sciences médicales, 1885, 1886, 1887.

Comptes-rendus de la Société de Biologie, 1883, 1884, 1885.

Bulletin de la Société de Chirurgie, 1884 et 1885.

Archives générales de médecine 1886.

12,210. — Bordeaux, Ve Cadoret, imp., rue Montméjan, 17.